

**CONDADO DE SAN BERNARDINO DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL
AUTORIZACION PARA REVELAR INFORMACION CONFIDENCIAL PROTEGIDA (PHI)**

Nombre del Cliente: _____	Fecha de Nacimiento: _____ Mes/Dia/Año
Sexo: <input type="checkbox"/> Varon <input type="checkbox"/> Hembra	Numero de Seguro Social: _____ - _____ - _____

La terminación de este documento autoriza el lanzamiento, el acceso y/o el uso de la información de la salud sobre usted. Falta de el ilure para proporcionar toda la información solicitada puede cancelar esta autorizacion.

USO Y ACCESO DE LA INFORMACIÓN DE LA SALUD

Autorizo por este medio _____ para lanzar a:

- (1) Nombre: _____
Dirección: _____

- (2) Nombre: _____
Dirección: _____

- a. Toda la información de la salud referente a mi condición médica del historial, mental o fisica y tratamiento recibido- **O**
- Solamente los expedientes o los tipos siguientes de información de la salud (cualquieres fechas incluyendo):

- b. Autorizo específicamente el lanzamiento de la información siguiente (cheque como apropiado):
 - Información mental del tratamiento de salud
 - Resultados de la prueba del VIH
 - Información del tratamiento de alcohol/de la droga

Se requiere una autorizacion separada de autorizar el acceso o el uso de las notas de la sicoterapia.

PROPÓSITO

Propósito del uso o del acceso solicitado: petición del paciente; **O** otro:

**CONDADO DE SAN BERNARDINO DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL
AUTORIZACION PARA REVELAR INFORMACION CONFIDENCIAL PROTEGIDA (PHI)**

A las agencias que reciben esta información : Esta información es protegido por el estado y leyes federales y no debe ser dado a cualquier persona no incluido en esta autoización sin una nueva autorización del cliente, a menos que sea autorizado de otra manera por la ley. Si usted ha recibido el gravamen del alcohol y/o de la droga, el tratamiento, o la información del programa de la remision, lo que sigue aplica: **Esta infomación se ha divulgado a usted de los expedientes protegidos por ley de secreto/la regal (42 CFR, Parte 2). Las reglas federales le prohíben de hacer otra/más lanzamiento/acceso de esta información a menos que expreso/permitiera específicamente por el consentimiento escrito de la persona que firme esta autorización o según lo permitido por ley/la regla (42 CFR, Parte 2). Una autorización general de la información médica o otra no es suficiente para este propósito. Los leyes/las reglas federales restrigen cualquier uso de la información criminal de investigar o de procesar a cualquier paciente del abuso del alcohol o de la droga.**

MIS DERECHAS

Puedo rechazar firmar esta autorización. No afectará mi capacidad de conseguir el tratamiento.

Tengo una derecha de recibir una copia de esta autorización.

Hasta lo permitida por la ley, puedo examiner u obtener una copia de la información de salud que me están pidiendo permitir el uso o el acceso de.

Puedo revocar esta autorización en cualquier momento, pero debo hacerlo en escritura y someterla a la dirección siguiente: _____

Mi revocación tomará efecto sobre recibo, a menos que hasta el punto de otras hayan actuado en confianza sobre esta autorización.

La información lanzada por esta autorización se podría re-lanzar por quienquiera la recibe, y relance en algunos casos no es protegido por la ley de California y puede ser protegido no más por la ley de secreto federal (, HIPAA).

FIRMA

Fecha: _____ Tiempo: _____ am/pm

Firma: _____
(paciente/representante/esposo/partido financieramente responsable)

Si es firmado por alguien con excepción del paciente, indique su relación legal al paciente:

Testigo: _____